© Пролом Н.В.

УДК: 616.36-008.51+616-071+616-089

Пролом Н.В.
ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" (просп. Правди, 96, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000)

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Резюме. *У відділенні хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" за період 2010-2014 рр. лапароскопічні операції виконані 1339 хворим з різними формами жовчнокам'яної хвороби. Впроваджені інструментальні методи до- й інтраопераційного контролю стану жовчовивідних проток, одно- і двомоментні лапароскопічні, транспапілярні і ендобіліарні втручання при холедохолітіазі. Сфінктерозберігаючі втручання у хворих на холедохолітіаз з хронічним калькульозним холециститом склали 10,4 %. Ускладнення виникли у післяопераційному періоді у 15 (1,1%) хворих, з яких кровотеча в черевну порожнину спостерігалась у 5 (0,36 %) пацієнтів, жовчовитікання - у 5 (0,36 %) пацієнта, ятрогенне пошкодження*

гепатікохоледоха - у 1 (0,07 %) хворого, а також перитоніт, гематома післяопераційної рани, нагноєння післяопераційної рани у 1 (0,07 %) хворого. Летальних випадків не було.

Ключові слова: *жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз, лапароскопічні операції, ускладнення.*

Вступ

Проблема жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) не втрачає своєї актуальності. За даними епідеміологічних досліджень, у різних країнах світу ЖКХ виявляють у 10-15 % дорослого населення. Встановлено, що захворюваність на ЖКХ подвоюється в кожне наступне десятиліття [Иващенко, 2012]. Одним із грізних ускладнень ЖКБ є холедохолітіаз, що порушує відтік жовчі на різних рівнях жовчовивідних проток та проявляється клінічно механічною жовтяницею (МЖ). Своєчасне визначення етіології МЖ сприяє правильній лікарській тактиці, вибору оперативного втручання та проведення патогенетичного лікування [Десятерик, Котов, 2014; Пархисенко, Жданов, 2013].

В останні роки в зв'язку з впровадженням мініінвазивних технологій, змінилися підходи до тактики і техніки проведення операцій у хворих на калькульозний холецистит та холедохолітіаз [Алиев, 2013]. Лапароскопічна холецистектомія вперше виконана в 1987 році, стала однією з найбільш значущих інновацій в лікуванні ЖКХ. Безсумнівні переваги ендовідеохірургічної методики привернули увагу хірургів усього світу, і вже до середини 90-х років лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) стала "золотим стандартом" лікування холецистолітіазу.

Операції з приводу ЖКХ та її ускладнень можуть нести в собі небезпеку виникнення ускладнень як під час оперативних втручань, так і в післяопераційному періоді. У свій час, швидкий розвиток лапароскопічної хірургії призвів до збільшення числа ускладнень, так як проходило накопичення досвіду. В останній час, кількість ускладнень значно знизилась, але, на жаль, вони ще мають місце в тій кількості, яку не слід замовчувати [Славин, 2010].

До небезпечних ускладнень, що виникають безпосередньо під час втручання, більшість авторів відносять поранення позапечінкових жовчних проток, ушкодження органів черевної порожнини, масивні кровотечі в зоні операції. Серед ускладнень післяопераційного періоду найбільш часто зустрічаються жовчний перитоніт, кровотечі і абсцеси черевної порожнини. Хоча загальна кількість ускладнень і летальність при ЛХЕ значно менше, ніж при відкритій операції, частота ушкоджень позапечінкових жовчних проток залишається на досить високих цифрах: 0,5 - 2,7 %, за даними зарубіжних авторів, і 0,2 - 1,75 % згідно даних вітчизняних хірургів [Huang et al., 2009, Нечитайло, 2005]. Тому вкрай актуальною і до цього часу невирішеною залишається проблема профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень. *Мета* роботи - встановити види ускладнень, що зустрічаються в хірургічній практиці лапароскопічної холецистектомії та їх причини виникнення.

Матеріали та методи

У відділенні хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" з січня 2010 по грудень 2014 рр. 1398 пацієнтам на ЖКХ та її ускладнення, у вигляді хронічного калькульозного холециститу, холедохолітіазу, поліпозу жовчного міхура, раку жовчного міхура (діагноз злоякісного утворення жовчного міхура був установлений при морфологічному дослідженні жовчного міхурі в післяопераційному періоді), проведено лапароскопічні втручання. З них чоловіків було 264 (18,8 %), жінок - 1134 (81,1 %). Вік хворих становив від 21 до 75 років, у середньому (59,74 1,59) років. Характер патології у обстежених пацієнтів наведений у таблиці 1.

Діагностична програма обстеження включала лабораторну діагностику (функціональні проби печінки с визначенням активності ферментів холестазу лужної фосфатази (ЛФ), гама-глютамілтрансферази, панкреатичних ферментів в крові та сечі), інструментальна діагностика проводилася на апараті УЗД ("Kransbuller Sonoscop 30" (Germany); "TOSHIBA XARIO SSA-660A"), при необхідності, з подальшим застосуванням методів прямої візуалізації: ЕРХПГ (фібродуоденоскоп з боковою оптикою - JF1T30 "Olympus" (Japan)) і КТ (апарат "TOSHIBA AKVILION MULTI TSX 101A" (Japan)). При неможливості виконати ЕРХПГ, а також при одноетапному лікуванні холедохолітіазу, хворим виконували інтраопераційну холангіографію за допомогою рентгенустановки з С-штативом ("MC APLUS").

Результати. Обговорення

Після встановлення діагнозу хронічного калькульозного холециститу та поліпозу жовчного міхура без порушення прохідності позапечінкових жовчних проток - виконано 1107 (79,1 %) ЛХЕ. У 33 (2,4 %) на поодинокі конкременти в жовчному міхурі виконано лапароскопічну холецистолітотомію.

Двомоментні методики нами були виконані у 143 (25,2 %) пацієнтів. Після встановлення діагнозу холедохолітіазу з хронічним калькульозним холециститом, ускладненим механічною жовтяницею (за даними лабораторних показників, УЗД і ЕРПХГ) у 12 хворих (6,1 %) виконували ЕПСТ, при необхідності виконано літекстракцію корзинкою Дорміа (діаметр конкрементів загальної жовчної протоки - до 10 мм). Через 7-14 днів після ЕПСТ, виконували другий етап лікування - ЛХЕ, а при дилатації загальної жовчної протоки більше 10 мм, проводили ЛХЕ з зовнішнім дренуванням холедоха за Холстедом.

У 41 пацієнта (10,4 %) з білірубінемією менше за 100 мкмоль/л та неможливістю виконати РХПГ виконувалися одномоментні втручання - ЛХЕ, зовнішнє дре-

Таблиця 1. Характер патології у хворих на ЖКХ.

Діагноз	n	%
хронічний калькульозний холецистит	1143	81,8
холедохолітіаз с хронічним калькульозним холециститом	196	14,0
поліпоз жовчного міхура	57	4,1
рак жовчного міхура	2	0,1
Всього	1398	100,0

Таблиця 2. Оперативні втручання, виконані у обстежених хворих.

Діагноз	Оперативні втручання	n	%
Хронічний калькульозний холецистит	ЕРХПГ, ЛХЕ	63	4,5
	ЛХЕ	1049	75,0
	Лапароскопічна холецистолітотомія	33	2,4
Холедохолітіаз з хронічним калькульозним холециститом	ЕПСТ, літекстракція+ЛХЕ	143	10,2
	ЕПСТ, літекстракція+ЛХЕ, зовнішнє дренування холедоха	2	0,1
	ЛХЕ, зовнішнє дренування холедоха, літекстракція, ВДСО	41	2,9
	ЛХЕ, ЕПСТ + літекстракція	10	0,7
Поліпоз жовчого міхура	ЛХЕ	57	4,1
Всього		1398	100

Таблиця 3. Характер післяопераційних ускладнень.

Оперативне втручання	Післяопераційні ускладнення	n	% від загальної кількості операцій
ЛХЕ	ятрогенне пошкодження холедоху	1	0,07
	витікання жовчі в черевну порожнину	4	0,29
	кровотеча в черевну порожнину післяопераційному періоді	5	0,36
	гематома післяопераційної рани	1	0,07
	нагноєння післяопераційної рани	1	0,07
	механічна жовтяниця	1	0,07
ЛХЕ, зовнішнє дренування холедоха	витікання жовчі в черевну порожнину	1	0,07
	перитоніт	1	0,07

нування холедоху, літекстракція, балонна дилатація сфінктера ВДСО з інтраопераційним рентгенологічним контролем (холангіографією). Балонну дилатацію застосовували як альтернативний метод у пацієнтів з анатомічними особливостями і коагулопатіями. Повне видалення конкрементів досягнуто у 85,7 % хворих. Дані про оперативні втручання при ЖКХ відображено в таблиці 2.

У ході лапароскопічних втручань конверсія мала місце у 18 (1,6 %) хворих. Причиною у 13 (1,2 %) хворих були деструктивні зміни жовчного міхура, у 3 пацієнтів (0,3 %) - холецистодуоденальна нориця, у 2 (0,2 %) - ятрогенна травма ЗЖП. У 8 (4,1 %) хворих з резідуальним холедохолітіазом в післяопераційному періоді застосовано ендоскопічні транспапілярні методи екстракції конкрементів.

Ускладнення виникли інтра- та в післяопераційному періоді у 15 (1,08 %) хворих: кровотеча в черевну порожнину, витікання жовчі в черевну порожнину, ятрогенне пошкодження холедоху, перитоніт, гематома післяопераційної рани, нагноєння післяопераційної рани (табл. 3). Летальних випадків не було.

Пошкодження холедоха мало місце у одного пацієнта (0,07 %), оперованого з приводу деструктивної форми калькульозного холециститу з вираженими запальними змінами в ділянці гепатодуоденальної зв'язки. Ускладнення не було виявлено під час операції, що призвело до жовчовитікання. Пошкодження холедоха підтверджено за допомогою ЕРХПГ та лапаротомії з ревізією органів черевної порожнини.

Додаткова жовчна протока (ДЖП) була виявлена у 5 (0,36 %) пацієнтів, при чому у двох (0,14 %) пацієнтів була виявлена під час оперативного втручання в ділянці дна жовчного міхура та кліпована. У 3 (0,21 %) пацієнтів ДЖП була виявлена при релапароскопії з приводу витікання жовчі в черевну порожнину та була кліпована. Таким чином, ДЖП була виявлена тільки після перетину та підтікання жовчі в черевну порожнину. При цьому виявлялася тонкостінна кукса, діаметром близько 1 мм, розташована в верхній чи середній третині ложа жовчного міхура, з якої краплями виділялася жовч.

Витікання жовчі в черевну порожнину виникло у 1 (0,07 %) хворого через неспроможність швів кукси міхурової протоки та потребувало в післяопераційному періоді для підтвердження діагнозу виконання ЕРХПГ та релапароскопії. У 1 (0,07 %) пацієнта після ЛХЕ та зовнішнього дренування холедоха було витікання жовчі в черевну порожнини через неспроможність швів, що фіксували зовнішній дренаж. Повторного оперативного втручання не знадобилось.

Кровотеча під час операції виникла у 5 (0,36 %) хворих, оперованих з приводу деструктивних форм холециститу та вираженому злуковому процесі в черевній порожнині, пов'язаному з запальним процесом та раніше перенесеними оперативними втручаннями. З них у 2 (0,14 %) хворих була необхідна конверсія (кровотеча з розділених зрощень у 1 (0,07 %) пацієнтів та кровотеча з венозної судини в ділянки ложа жовчного міхура у 1 (0,07 %)), у 3 (0,21 %) випадках кровотечу було зупинено лапароскопічним методом (в одному з випадків застосували гемостатичну тканину). У 5 (0,36 %) кровотечу діагностовано в післяопераційному періоді, що призвело до релапароскопії та зупинки кровотечі: у 2 (0,14 %) випадках - кровотеча була з передньої черевної стінки (з ділянки епігастрального порту), а у 2 (0,14 %) - після розділення зрощень (з сальника) та в 1 (0,07 %) випадку з додаткової артерії жовчного міхура в ділянці ложа.

Механічна жовтяниця в післяопераційному періоді

виникла у однієї хворої (0,07 %). Причиною її стала міграція замазкоподібних мас з жовчного міхура в холедох при ЛХЕ. Ускладнення було діагностовано та усунуто під час ЕРХПГ та ЕПСТ.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. В останні роки широко впроваджені інструментальні методи до- і інтраопераційного контролю стану жовчовивідних проток, одно- і двомоментні лапароскопічні, транспапілярні і ендобіліарні втручання при холедохолітіазі.

2. Незважаючи на широке впровадження в хірургічну практику ЛХЕ, зустрічаються досить різноманітні ускладнення. Серед них найбільш небезпечними для хворих є поранення позапечінкових жовчних проток, кровотеча, ушкодження порожнистих органів з розвитком перитоніту, витікання жовчі в черевну порожнину, формування абсцесів черевної порожнини.

3. Причинами виникнення інтраопераційних ускладнень при ЛХЕ є технічні проблеми з утрудненою візуалізацією структур в зоні операції, такі як, запальна інфільтрація тканин при холециститі, виражений злуковий процес і рубцеві зміни жовчного міхура при хронічному холециститі, атипові варіанти будови судинно-протокових структур. А також, можливі фактори ризику - вік пацієнта, надмірна вага, тривалість і перебіг захворювання, раніше перенесені операції на органах черевної порожнини, а також відмова від конверсії у найбільш скрутних випадках.

Отже, незважаючи на вирішення деяких окремих проблем, досить актуальними залишаються питання, які стосуються методик інтраопераційної ревізії жовчних шляхів, вибору оптимальних етапів корекції жовчовідтоку, способів контролю і закінчення операцій, профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень.

Список літератури

Алиев Ю. Г. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчекаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. - 2013. - № 3. - С. 95-97.

Десятерик В. І. Діагностика та лікування гострих ускладнень жовчнокам'яної хвороби на тлі механічної жовтяниці / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Є. С. Шевченко // Укр. жур. хірургії. - 2014. - № 1 (24). - С. 140-147.

Иващенко А. В. Некоторые вопросы эпидемиологии желчекаменной болезни у пациентов молодого возраста в свете 20-летнего опыта лапароскопической холецистэктомии / А. В. Иващенко // Клінічна хірургія. - 2012. - № 10. - С. 45-48.

Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю. А. Пархисенко, А.И. Жданов, В.Ю. Пархисенко, Р.С. Калашник // Укр. жур. хірургії. - 2013. - № 3 (22). - С. 202-211.

Нечитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Нечитайло, В. В. Грубник. - М. - 2005. - 424 с.

Славин Л. Е. Лапароскопическая холецистэктомия / Л. Е. Славин // Практическая медицина. - 2010. - № 41. - С. 30-35.

Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan / J. Huang, C. H. Chang, J. L.Wang [et al.] // BMC Gastroenterol. - 2009. - Vol. 22, № 9. - P. 117-119.

Пролом Н.В.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Резюме. *В отделении хирургии органов пищеварения ГУ "Институт гастроэнтерологии НАМН Украины" за период 2010-2014 гг. лапароскопические операции выполнены 1339 больным с различными формами желчнокаменной болезни. Внедрены инструментальные методы до- и интраоперационного контроля состояния желчевыводящих протоков, одно- и двухмоментные лапароскопические, транпапиллярные и эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе. Сфинктеросберегающие вмешательства у больных с холедохолитиазом составили 10,4 %. Осложнения возникли в послеоперационном периоде у 15 (1,1 %) больных, такие как кровотечение в брюшную полость - у 5 (0,36 %) пациентов, желчеистечение - у 5 (0,36 %) пациентов, ятрогенное повреждение гепатикохоледоха - у 1 (0,07 %), а также перитонит, гематома послеоперационной раны, нагноение послеоперационной раны у 1 (0,07 %) пациента. Летальных случаев не было.*

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, лапароскопические операции, осложнения.*

Prolom N.V.

SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS USING MINI-INVASIVE TECHNOLOGY

Summary. *In the department of surgery of the digestive system SI "Institute of Gastroenterology NAMS of Ukraine" for the period 2010-2014 laparoscopic surgery performed in 1339 patients with various forms of cholelithiasis. We have implemented instrumental methods of pre- and intraoperative control of the status of hepatopancreatobiliary zone, one-step and two-step laparoscopy, trans papillary and endobiliary intervene at choledocholithiasis. The share of sfinkter-saving operation for patients with choledocholithiasis was 10,4 %. 15 (1,1 %) patients had the complications in a postoperation period: bleeding into the abdominal cavity - in 5 (0,36 %) patients, bile leakage - in 5 (0,36 %) patients, iatrogenic damage of hepaticocholedochus- in 1 (0,07 %) patient. No deaths were reported.*

Key words: *gallstone disease, choledocholitiasis, laparoscopic operations, complications.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Шевченко Б.Ф.

Стаття надійшла до редакції 11.06.2015 р.

Пролом Наталія Вікторівна - к.мед.н., ст.наук.співроб. відділу хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України"; +38 067 284-11-07; prolom1978@gmail.com